E. ODOUL
[...]a Faculté de Lille

20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LIPOME DU DOIGT



LILLE
A. DEVOS, Imprimeur-Éditeur, 49, Rue de Béthune
—
1903

Dr E. ODOUL
de la Faculté de Lille

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
LIPOME DU DOIGT



LILLE
A. DEVOS, Imprimeur-Éditeur, 49, Rue de Béthune
—
1903

A MA FAMILLE

—

A MES AMIS

INTRODUCTION

Monsieur le Professeur Baudry nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il reçoive ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Nous en devons le sujet à Monsieur le docteur Vanverts, chef de clinique à la Faculté, qui nous a guidé dans nos recherches et que nous ne saurions trop remercier de sa sympathie et de son obligeance.

Monsieur le Professeur Carrière a bien voulu nous aider dans notre tâche en nous communiquant le résultat de recherches personnelles, nous donnant ainsi une nouvelle preuve de l'obligeante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée. Nous lui exprimons notre profonde gratitude.

Dans maintes circonstances nous avons pu apprécier la bienveillance et le dévouement de Monsieur le Doyen Combemale. Nous tenons à lui adresser ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

Enfin qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de leurs précieux enseignements.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il faut arriver jusqu'en 1809 pour trouver la première observation de lipome. A cette époque, en effet, Pelletan eut l'occasion de rencontrer une tumeur occupant la face interne du pouce de la main gauche et s'étendant vers la paume de la main en couvrant toute l'étendue des muscles thénar jusqu'au métacarpien. La tumeur était un lipome.

Le silence se fait sur la question jusqu'en 1840, époque à laquelle Liston rapporte un autre cas.

En 1852 nous trouvons l'observation de Follin. La même année, Foucher opère une tumeur graisseuse érectile de l'index. Et cependant, trois ans plus tard, Vermont consacre une thèse aux tumeurs des doigts sans faire la moindre mention des lipomes et fibro-lipomes.

A partir de cette date les observations vont devenir un peu plus fréquentes. Nous trouvons celle de Neyber en 1870.

En 1873 Monory, de Paris, présente une thèse intitulée : *Tumeurs solides des doigts*. — Il y aborde la question du lipome et rapporte les observations de Follin et Pelletan.

Dans un travail publié dans les *Arch. für klin. Chirurgie*, Ranke, en 1876, nous donne deux observations très complètes de lipome. L'auteur les fait suivre de quelques considérations cliniques intéressantes sur le diagnostic et le traitement.

La même année, dans le même recueil, Küster étudie un cas de lipome diffus.

En 1879 la thèse de Cosson « *Etude générale sur quelques tumeurs de la main et des doigts* », celle de Demay en 1880, consacrent quelques pages aux lipomes et aux fibro lipomes que Cosson déclare plus rares que les lipomes vrais.

Quatre ans plus tard, en 1884, Polaillon, dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, résume les connaissances d'alors sur le lipome de la main, très rare, dit-il, puisqu'il n'en a pu réunir que six exemples. (Ceux de Liston, de Follin, de Neyber, de Küster et les deux cas de Ranke.

Viennent ensuite les observations de Villar (1886), de Baumgartner (1887), de Hœckel (1888) ; ces deux dernières à la vérité très succinctes.

En 1891, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, M. le professeur Dubar fait mention d'un cas intéressant. Il s'agissait d'une tumeur grosse comme un œuf de poule et qui fut diagnostiquée lipome, malgré que certains caractères

fissent penser à un kyste synovial de la gaine des tendons fléchisseurs. Ceci est fréquent dans les lipomes comme nous le verrons plus loin.

A partir de cette époque, nous trouvons des travaux assez complets sur la question. C'est d'abord, en 1893 la thèse de Durant : « *Etude sur les fibromes, lipomes et fibro-lipomes de la main et des doigts* ». Puis celle de Lucas en 1894. « *Etude clinique des tumeurs néoplasiques des doigts* ».

Nous trouvons enfin, en 1900, une observation de Potherat (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*). Puis deux de Müller dans les *Arch. für kl. Chir.* de 1901. Parmi celles-ci, l'une a trait à un enfant de six mois, l'autre à un vieillard de 72 ans. L'auteur a fait l'examen microscopique.

Nous citerons aussi un cas assez complexe de Giani (*Clinica moderna*, 5 mars 1902). Il s'agit d'une Macrodactylie lipomateuse associée à une pseudo hypertrophie du nerf médian.

Les lipomes et fibro lipomes des doigts sont donc une rareté pathologique. L'obscurité et l'intérêt de leur étiologie, la difficulté du diagnostic nous ont paru dignes de quelques recherches. En matière de tumeurs des doigts, organes utiles entre tous, il n'est pas indifférent de savoir exactement à quel tissu néoplasique on a affaire. La chirurgie de ces régions, en effet, doit

être le plus possible conservatrice. Or, en 1870, Neyber prit un lipome pour un enchondrome et pratiqua la désarticulation de l'annulaire gauche. La connaissance plus approfondie des caractères cliniques du lipome des doigts eut peut-être permis d'éviter une erreur si préjudiciable au patient.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le premier coup de bistouri porté sur un lipome laisse apercevoir une tumeur jaunâtre tendant souvent à s'énucléer et d'un aspect si caractéristique que le miscroscope n'est généralement pas nécessaire pour en affirmer la nature.

Quel est le point de départ des lipomes du doigt ? D'après Poulet (21), (*) c'est la chose difficile à déterminer ; néanmoins le plus grand nombre serait sous aponévrotique. De la lecture des observations rapportées, il semble que ce point de départ soit assez variable. Tantôt le néoplasme s'est développé en plein tissu sous cutané ; tantôt l'origine est la gaîne synoviale, comme l'a vu Müller (obs. XIII). Mason Waren en a observé un en contact immédiat avec l'os, développé entre celui-ci et les tendons fléchisseurs. Donc, premier fait, point de départ variable.

(*) Les numéros placés en regard des noms d'auteurs correspondent aux numéros de l'Index Bibliographique.

Au doigt, comme ailleurs, il y a deux sortes de lipome, le *lipome diffus*, le *lipome encapsulé*. Le premier est bien plus rare, puisque nous n'en avons trouvé que deux exemples. Dans l'un deux Franz Müller a pu voir que le tissu adipeux de la tumeur se continuait sans démarcation nette avec le tissu adipeux normal du doigt. D'ailleurs, comme le remarque le même auteur, le lipome diffus se laisse aisément reconnaître au cours de l'opération, par la difficulté qu'on éprouve à le séparer des parties voisines.

Les lipomes encapsulés sont les plus fréquents. D'après Quénu (22) la présence d'une capsule n'empêcherait pas les lipomes d'englober dans leur développement nerfs et artères. Ils se conduiraient donc comme des lipomes diffus. Quoiqu'il en soit, cette capsule permet une énucléation facile, complète, mettant ainsi à l'abri des pseudo récidives dont nous parlons plus loin.

Nous ajouterons que, encapsulés ou non, les lipomes évoluent vers les régions où ils rencontrent le moins de résistance, c'est-à-dire le long des vaisseaux, des nerfs et des tendons ; mais cela n'a rien d'absolu.

A l'examen macroscopique, ces néoplasmes se présentent sous la forme d'une masse jaunâtre le plus souvent lobulée, de consistance plus ou moins molle.

Le microscope révèle la structure normale du tissu adipeux, avec cette particularité cependant que les cellules adipeuses sont un peu plus volumineuses qu'à l'état physiologique. Ces cellules sont réparties en

lobules séparés les unes des autres par un tissu de soutènement plus ou moins dense, où s'acheminant les vaisseaux chargés de la nutrition de la tumeur. En somme, la tumeur est constituée par trois éléments (Quénu), la *cellule adipeuse*, le *faisceau conjonctif*, l'*élément vasulaire*. La prédominance de tel ou tel de ces éléments donnera naissance à l'une des trois variétés des lipomes : *lipomes purs*, *fibro-lipomes* et *lipomes vasulaires*, variétés pour chacune desquelles nous avons cité un ou plusieurs cas.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Le lipome est un néoplasme bénin formé par du tissu cellulo-graisseux. Le fibro-lipome n'est autre chose qu'un lipome auquel la prolifération plus grande du tissu de soutien donne une consistance plus ferme. Son étiologie est d'ailleurs la même.

Il existe aussi des lipomes myxomateux, dont il n'existe pas d'observations se rapportant aux doigts, et des lipomes érectiles, dont nous rapportons un cas de Foucher. Ces derniers sont intéressants au point de vue de la pathogénie, si obscure de cette affection.

Il ne rentre pas dans le cadre de notre sujet d'étudier la macrodactylie et en particulier la macrodactylie lipomateuse. Les productions graisseuses qui se développent sur les doigts au cours de cette maladie, ne peuvent être considérées comme de véritables tumeurs. Leur évolution est tout autre, leur pronostic autrement sévère que celui du lipome. Elles sont la manifestation d'un trouble dans le dévelop-

pement des tissus constituant la région, trouble se manifestant généralement sur l'ensemble de ces tissus. C'est un manque d'équilibre entre les divers processus de nutrition ; c'est une anomalie trophique et non pas un néoplasme.

Il est un point cependant par lequel la macrodactylie est digne d'attirer notre attention : c'est par sa pathogénie. Trélat et Monod, en effet *(Arch. de médecine*, t. I, p. 557, 1869), ont émis l'avis que la cause première de l'hypertrophie est une paralysie vaso-motrice produisant une circulation ralentie, une congestion et, par suite, une exagération de la nutrition dans l'organe atteint. Nous retrouverons, invoquées plus loin, les mêmes considérations pour expliquer le développement des lipomes, les mêmes causes produisant des effets analogues.

Nous écarterons donc de notre étude la macrodactylie lipomateuse, tout en lui empruntant les particularités étiologiques qui la rapproche des tumeurs qui nous intéressent (*).

(*) Dans la *Semaine Médicale* de 1902, p. 287, nous avons trouvé une observation de Giani (R), intitulée : *Macrodactylie lipomateuse associée à une pseudo hypertrophie du nerf médian*. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un véritable lipome des doigts, ce cas s'en rapproche assez pour que nous relations la dite observation.

« L'observation qui fait l'objet de ce présent travail est relative à un garçonnet de quatre ans présentant depuis sa naissance une déformation assez curieuse de la main droite. Il existait une masse mollasse à cheval sur les faces palmaires et dorsales de la main et située entre le pouce et l'index qu'elle écartait au maximum ; plus

Il règne la plus grande incertitude sur l'étiologie et sur la pathogénie des lipomes. Quels renseignements nous apportent en effet les observations que nous

---

développée du côté de la paume dont elle occupait à peu près les 3/4 externes, elle se continuait avec le pouce et l'index auxquels elle donnait un aspect éléphantiasique. L'index notamment était aussi gros qu'un pouce d'adulte ; on avait dû plus de trois ans auparavant réséquer sa phalange terminale qui était déviée en dedans et venait buter contre le médius. La radiographie montra que le squelette de l'index participait pour sa part à l'hypertrophie des parties molles.

» Le diagnostic de macrodactylie lipomateuse ayant été porté on décida de « dégraisser » dans la mesure du possible cette main difforme. Après incision de la peau et résection d'une partie de la masse adipeuse, on tomba sur une tumeur du volume d'une noix environ, se prolongeant vers l'extrémité du doigt, par de petites ramifications qui paraissaient se distribuer aux téguments et du côté du poignet par un cordon de la dimension du petit doigt, qu'une incision au niveau du carpe permit de reconnaître pour le nerf médian hypertrophié. On réséqua ce nerf à partir du point où il avait été mis à découvert par cette incision exploratrice. Le résultat fonctionnel fut excellent.

» L'examen de la pièce permit de constater que le lipome sous-cutané se continuait par des transitions insensibles avec l'infiltration adipeuse constituant la tumeur développée aux dépens du nerf médian ; à mesure qu'on se rapprochait du poignet cette infiltration diminuait, mais on remarquait en son lieu et place une abondante prolifération de tous les éléments conjonctifs du tronc nerveux, donnant à celui-ci son aspect hypertrophique.

» Les lipomes des nerfs sont rares ; la macrodactylie lipomateuse ne l'est pas moins ; quant à la coexistence de deux sortes de lésions, elle paraît n'avoir jamais été observée jusqu'ici. En ce qui concerne le rétablissement des fonctions de la main, M. Giani estime que les altérations que nous venons de décrire étant congénitales, le nerf en question avait dû être suppléé dès la naissance par le cubital et le radial ».

citons plus loin ? Certains des auteurs à qui nous les devons négligent complètement de nous dire à la suite de quelles circonstances sont apparues les tumeurs dont leurs malades étaient porteurs. C'est le cas pour Follin, Neyber, Bigelow et Hœckel. D'autres invoquent le traumatisme et principalement le traumatisme continu, professionnel, mais sans se demander de quel façon il a agi.

Examinons les diverses influences qui semblent produire ou du moins favoriser l'apparition du lipome.

Sexe. — Durant (9) dans sa thèse, remarque qu'il y a un peu plus de femmes que d'hommes parmi les porteurs de lipomes. Il considère ce fait comme le résultat des conditions sociales. Les hommes étant plus exposés au traumatisme, le lipome doit être plus fréquent chez eux.

Dans les observations que nous rapportons, nous trouvons cependant cinq femmes et seulement trois hommes. Des considérations statistiques sur un si petit nombre de cas ne signifient d'ailleurs absolument rien.

Il semble que le lipome se développe indifféremment chez les deux sexes, sans prédominance ni pour l'un ni pour l'autre.

Profession. — La question de la profession nous semble plus digne d'intérêt. C'est un fait bien connu que les lipomes sont plus fréquemment rencontrés au niveau des régions exposées sans cesse à un traumatisme quelconque.

Les malades exercent souvent des professions manuelles ; ils sont journaliers, cochers, etc. L'une des

malades de Ranke était tailleuse ; la pression journalière des ciseaux au niveau du médius détermina en ce lieu l'apparition d'un lipome.

Franz Müller (17) remarqua qu'un lipome, développé chez un employé des postes dont le médius subissait aussi un traumatisme continu, cessa de s'accoître quand le malade prit sa retraite, démonstration évidente du rôle de la profession dans ce cas particulier.

Même chose chez la malade observée par M. Vanverts. Professeur de piano, elle voit apparaître un lipome sur la face antérieure de l'index gauche. Ce qu'il est intéressant de remarquer c'est la façon dont a agi ici le traumatisme. Cela n'est pas d'une façon directe ; la tumeur serait apparue au point sans cesse heurté par les touches, c'est-à-dire au niveau de la pulpe. Or c'est au niveau de la deuxième phalange qu'elle a pris naissance. Il faut probablement invoquer le glissement répété du tendon fléchisseur dans sa gaine comme cause déterminante.

D'ailleurs, pour les autres régions du corps cette notice étiologique de l'influence professionnelle se vérifie maintes fois. Ce sont par exemple des lipomes de la nuque chez les forts de la halle, ceux des épaules chez les fantassins, etc.

Age. — Le plus jeune de nos porteurs de lipomes des doigts a 6 mois, le plus vieux 72 ans. C'est dire que les tumeurs graisseuses se rencontrent à n'importe quelle époque de la vie.

Bilhroth (3) prétend pourtant que la disposition à la formation du lipome se développe le plus souvent à la

période de la vie où la disposition à l'obésité est la plus fréquente, c'est-à-dire entre 30 et 50 ans. Cette coexistence de la disposition au lipome et de la tendance à l'obésité n'est nullement démontrée.

Nous dirons donc que le lipome peut se développer à tous les âges.

Il existe aussi des lipomes congénitaux, rares, d'ailleurs. Comme nous le verrons plus loin, ils sont généralement en rapport avec des nœvus également congénitaux.

Siège. — Pouvons-nous en tirer des indications étiologiques? Il semble que le lipome s'est développé le plus souvent sur la face palmaire des doigts ou sur le côté du doigt près de la face palmaire. C'est le cas pour les malades observés par M. Dubar et M. Vanverts. De même pour ceux de Hœckel, de Villar, de Ranke et de Follin. La face palmaire des doigts est plus particulièrement l'objet de frottements et de chocs de toute nature. La prédilection du lipome à se développer en cet endroit doit donc éveiller l'attention sur le rôle étiologique du traumatisme.

Nous devons maintenant passer en revue les différentes théories qu'on a proposées pour la pathogénie de cette affection.

Théories pathogéniques

a) *Théorie diathésique.* — Broca, dans son traité des tumeurs, admet l'existence d'une diathèse lipomateuse. L'arthritisme, l'obésité, ont été aussi accusés.

« La diathèse lipomateuse, dit Broca, est presque invariablement limitée au tissu conjonctif sous-cutané. » Par contre, il n'y a pour lui aucun rapport entre le lipome et l'état général d'embonpoint de l'individu. L'obésité ne prédispose pas au lipome. Il y a indépendance absolue entre le tissu adipeux constituant la tumeur et celui qui forme la surcharge graisseuse des divers organes.

La meilleure preuve en est donnée par ce fait qu'on a vu des lipomes naître et se développer chez des individus qui maigrissaient. Ceci a été observé par Virchow. Les observations que nous rapportons plus haut ne font d'ailleurs pas mention de cette coexistence du lipome et de l'obésité. La plupart des auteurs n'ont prêté aucune attention à l'état général de leurs malades, ce qui laisse à supposer qu'il n'offrait rien de particulier. Seul Ranke note chez l'une d'elles une forte tendance à l'obésité.

Sans dénier toute influence à l'obésité et à l'arthritisme, il semble cependant que ces diathèses peuvent être invoquées avec plus de vraisemblance lorsqu'il s'agit de lipomes multiples, souvent diffus, apparaissant en grand nombre et simultanément sur le corps d'un individu. Mais les lipomes des doigts sont le plus souvent uniques. C'est un accident purement local ne retentissant en rien sur la constitution générale du sujet.

b) Théorie de Gross (12). — Elle tend à expliquer le peu de fréquence des lipomes au niveau des doigts. Pour Gross les glandes cutanées élimineraient par la

peau une certaine quantité de graisse. Que, pour une cause ou pour une autre, cette excrétion vienne à être entravée, la graisse va s'accumuler dans le tissu cellulaire sous cutané : le lipome est constitué. Il s'en suit que les régions les plus exposées au lipome seront les régions les plus pauvres en glandes sudoripares et sébacées. Or, ces glandes existent en abondance à la main et aux doigts. L'excrétion de la graisse se faisant facilement, le lipome y sera rare ; mais il pourra y apparaître à la suite de troubles sécrétoires de ces mêmes glandes cutanées. Les causes locales, n'intéressant que la sécrétion d'un territoire limité, donneront lieu à un lipome solitaire ; les causes générales, celles qui agissent par exemple par l'intermédiaire du système nerveux, produiront des lipomes multiples. En somme, il n'y aurait là qu'un dépôt de graisse dans un endroit déterminé, un phénomène un peu comparable à celui qui produit les dépôts tophacés dans la goutte. Pour les lipomes des doigts, d'après la théorie de Gross, le trouble secrétoire serait déterminé par le traumatisme et la tumeur se développerait à la faveur d'un terrain arthritique. En ce qui concerne les lipomes multiples, le trouble sécrétoire aurait une origine nerveuse. Ceci nous conduit à parler de la théorie nerveuse.

c) Théorie nerveuse. — Elle a été soutenue par Bouju (5) et Mathieu (16) dans leurs recherches sur les lipomes symétriques d'origine nerveuse.

Il est hors de doute en effet que certains phénomènes d'ordre congestif, que certains œdèmes se

produisent sous la dépendance directe du système nerveux. Le tabes nous en fournit des exemples. Ne voit-on pas des œdèmes localisés succéder à des douleurs fulgurantes? Ne retrouve-t-on pas dans l'apparition des érythèmes un élément névropathique important. Or, pour Mathieu, « il ne paraît y avoir que des degrés insensibles entre des phénomènes nervo-moteurs purement congestifs de l'ordre des œdèmes, des érythèmes et des productions plus stables telles que le lipome ». La chaîne est continue entre ces diverses manifestations pathologiques et, pour reprendre l'exemple du tabes, nous pourrons assister à l'évolution d'un lipome précisément au lieu et place où sera apparu un œdème à la suite de douleurs fulgurantes.

De même, pour la diathèse arthritique, si l'on admet que l'arthritisme n'est qu'une dystrophie névropathique. Pour Mathieu, « entre l'œdème rhumatismal, le pseudo-lipome et le lipome vrai, il n'existe pas de démarcation franche ». A l'appui de sa thèse, cet auteur rapporte le cas de Potain : un malade déjà porteur de lipomes multiples vit apparaître en une nuit un pseudo-lipome à la suite de douleurs rhumatismales vives.

Mathieu a également observé une dame de tempérament arthritique évident. Elle était atteinte de sciatique double et portait au niveau des membres inférieurs quatre lipomes, deux de chaque côté, et placés de façon symétrique. L'innervation et la trophicité des membres inférieurs étaient évidemment troublées, ce qui se traduisit par l'apparition de lipomes.

Bucquoy *(Soc. méd. des hôpitaux*, juin 1891) a aussi observer des lipomes diffus et symétriques chez un malade arthritique atteint de sciatique. Pour lui, leur origine nerveuse est indiscutable.

En résumé, pour Bouju, Mathieu et Bucquoy, l'origine névropathique du pseudo lipôme est bien démontrée. Or étant donné qu'il n'y a pas de limites nettes entre le pseudo et le vrai lipôme, ils concluent à l'origine nerveuse de celui-ci. « Erythème circiné, papuleux, ortié, érythème noueux même et œdème localisé se montrent fréquemment ensemble, expression simultanée du même état pathologique. Ce sont là des éléments constitutifs des érythèmes polymorphes et des érythèmes rhumatismaux. N'est-il pas curieux de voir le lipome se placer à l'extrémité d'une série séméiologique qui commence par des phénomènes érythémateux ? S'il en est ainsi, il ne faut pas conclure que le lipome et l'érythème circiné par exemple sont identiques, mais qu'ils procèdent d'un fond commun. » (Mathieu).

Le lipôme se développant chez un arthritique par l'intermédiaire du système nerveux, telle est l'hypothèse. Mais quelle est la partie du système nerveux qu'il faut accuser ? Est-ce l'encéphale et le système nerveux central qui agissent dans les cas de lipomes multiples et symétriques ? Et pour les lipomes isolés, qui sont d'ailleurs ceux qui nous intéressent, peut-on invoquer par exemple une névrite périphérique déterminant en un point une action trophique exagérée ? La théorie nerveuse s'accorde t elle bien avec l'existence des lipomes encapsulés ?

On peut se demander en outre de quelle façon, par quels processus agissent les nerfs ou les centres nerveux. Produisent-ils du lipome sur place par action trophique directe, ou bien y a-t-il une action vaso motrice à l'origine ? Nous nous rapprochons ici de la théorie vasculaire du lipome.

d) Théorie vasculaire. — Pour qu'un lipome se développe en un point, la vascularisation serait le « phénomène obligé, initial ». Pour les lipomes congénitaux, en particulier, on a prétendu qu'ils se développaient sur un nœvus, ou sur un angiome.

Il existe certes des faits qui donnent une grande vraisemblance à cette hypothèse.

Laboulbène (Th. pour le Doctorat sur le *Nœvus en général*) cite une observation où l'on peut saisir la transition entre le nœvus et le lipome. Il s'agit d'une tumeur développée sur un nœvus. On trouva, à l'examen, un stroma fibreux, chargé d'une grande quantité de graisse. Il existait aussi une multitude de petits kystes de 1 à 3 millimètres de diamètre renfermant une matière huileuse et n'ayant aucune connexion avec les vaisseaux dont on retrouvait d'ailleurs aucune trace.

Lannelongue (14) est aussi d'avis que le lipome congénital vient d'un nœvus dégénéré.

Pour Delbet, il est probable que bien des angiomes se transforment en lipomes. Mais il est moins certain que des lipomes puissent se vasculariser et devenir télangiectasiques.

Gosselin (1842), cité par Sénac, observa cependant un lipome ayant dégénéré en tissu érectile.

La thèse de Sénac (25) *(Du lipome congénital)* parle de cette transformation d'un angiome en lipome.

Dans l'observation de Foucher, que nous rapportons plus loin, la tumeur avait des connexions étroites avec l'artère collatérale des doigts. Il y avait des éléments graisseux entourés de capillaires de petits anévrysmes. Le tisseux adipeux se mêlait intimement au tissu vasculaire. L'intervention chirurgicale a-t-elle surpris un angiome en train de se transformer en lipome. Cette tumeur érectile graisseuse ne serait-elle pas devenue un simple lipome ou fibro-lipome? Cette supposition n'a rien d'invraisemblable.

Nous trouvons donc dans la théorie vasculaire l'explication des lipomes congénitaux. Le tissu adipeux, trouvant dans le tissu érectile de l'angiome un terrain favorable à son développement prolifère, étouffe peu à peu l'élément vasculaire et se substitue à lui. Il y a là une sorte de processus naturel de guérison de certains angiomes qu'on peut appeler angiomes lipogènes.

On se rappelle que la macrodactylie, dont nous faisons mention plus haut, reconnaît aussi pour cause une vascularisation exagérée. Ici il y a une paralysie vasomotrice, mais dans les deux cas nous avons à faire à des phénomènes de stagnation sanguine, de nutrition exagérée, favorisant la formation du tissu adipeux.

Si la théorie vasculaire donne l'explication des lipomes congénitaux, on peut aussi l'invoquer dans beaucoup de cas de lipomes acquis. Le mode intermédiaire est le traumatisme.

e) *Théorie traumatique.* — Dans certaines des observations qu'on lira plus loin, nous trouvons le traumatisme dans les antécédents des malades. Tantôt il y eut traumatisme unique, accidentel, tantôt la région était tous les jours exposée à des heurts, à des frottements, à des pressions.

La malade de Villar se pince le doigt dans une porte. Il se produit une forte ecchymose et sept mois après apparaît un lipome au point traumatisé.

L'une des malades de Ranke était tailleuse et la face dorsale de son doigt médius supportait la pression continue des ciseaux.

De même pour la malade de M. Vanverts. Tous les auteurs qui ont parlé du lipome acquis, ont trouvé le traumatisme dans nombre de cas.

Mais comment agit le traumatisme ? Précisément en créant les conditions de vascularisation, de nutrition exagérée, favorables au développement du lipome. Il produit l'inflammation, la stase sanguine, la néoformation des vaisseaux et « cette espèce de vascularisation transitoire devient un terrain favorable au même titre qu'un nœvus au développement exagéré du tissu adipeux » (Quénu).

C'est là un phénomène analogue à celui qui se produit pour d'autres organes. A la suite de certaines inflammations des reins, du rectum, de la vessie, on constate parfois autour d'eux la formation de masses lipomateuses. Le tissu adipeux trouvant là des conditions favorables s'est mis à proliférer.

On peut donc admettre que la théorie traumatique,

s'appuyant sur la théorie vasculaire, peut jusqu'à un certain point expliquer la naissance des lipomes acquis.

Mais il est des cas où ces tumeurs sont apparues et se sont développées sans causes apparentes. Il n'existait aucun nævus, aucun angiome, il n'y a pas eu de traumatisme ni accidentel, ni professionnel. Pour ces sortes de lipomes, la pathogénie demeure profondément incertaine.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Le lipome des doigts se présente avec des caractères cliniques assez constants, mais assez peu caractéristiques. C'est seulement en les recherchant tous avec soin qu'on arrive à conclure que la tumeur en face de laquelle on se trouve est bien un lipome.

Forme. — Ce néoplasme se présente sous la forme d'une tuméfaction de forme variée. Rarement il est régulièrement symétrique. Il pousse de côtés et d'autres des prolongements. Il est à remarquer que la direction de ces prolongements est quelconque, point très important sur lequel nous reviendrons plus loin. Néanmoins la tumeur a tendance à s'accroître suivant l'axe du doigt, le long de la gaîne des tendons, affectant ainsi une forme allongée. Dans deux observations VI et XI, on verra qu'elle débordait les faces interne et externe du doigt auquel elle formait une espèce de manchon, de telle sorte que le doigt semblait traverser la tumeur.

Volume. — Le volume est très variable. Le lipome observé par M. Dubar atteignait le volume d'un œuf.

de poule, celui de Follin également. D'après les autres observations nous voyons qu'il est généralement moins développé.

Nombre. — Le lipome du doigt est souvent isolé. Hœckel (13) et Baumgartner (1) seuls rapportent deux cas de lipomes multiples.

Caractères. — La peau qui recouvre la région est distendue, amincie, sans changement de coloration. A la suite de fatigues, de traumatisme, on a parfois des poussées inflammatoires qui cèdent par le repos. Cependant la distension peut être telle que la nutrition des téguments est compromise et que ceux-ci s'ulcèrent.

En règle générale, la peau n'est jamais adhérente. On peut la plisser, comme remarque Ranke dans les cas qu'il rapporte. Ce caractère peut manquer ; dans l'observation de Villar, la peau, un peu rouge adhérait en certains points.

A la palpation on a la sensation d'une *tumeur* sous-cutanée *mobile*, *composée de plusieurs lobes*, le lipome étant le plus souvent lobulé. En saisissant la tumeur et en la comprimant on voit parfois les lobules graisseux se dessiner sous la peau. Le lipome est mobile sur les parties profondes du doigt et n'adhère jamais à l'os comme pourrait faire une tumeur maligne. Parfois cependant des adhérences avec la gaîne tendineuse pourraient limiter cette mobilité. Nous verrons d'autre part (observation X) qu'un lipome développé entre l'os et les tendons fléchisseurs avait pu donner l'illusion d'adhérences et de tumeur maligne.

Sa *consistance* dépend de la plus ou moins grande proportion de tissu conjonctif. Elle est généralement homogène, cependant le fibro-lipome présente quelques points plus durs. Le lipome pur, donne une sensation de résistance pâteuse, mollasse et aussi parfois de la fluctuation. Dans six de nos observations nous trouvons en effet noté ce phénomène, qui fait croire à l'existence d'un kyste synovial. Si l'on vient à comprimer un des lobes de la tumeur, les autres augmentent de volume, comme distendus par le reflux d'un liquide. Lipomes et fibro-lipomes donnent également cette sensation. Chassaignac (7) croit que la fluctuation se produit d'autant plus facilement que le lipome est plus fortement bridé.

Exceptionnellement, on pourrait aussi trouver un autre caractère bien propre à égarer le diagnostic, c'est la *transparence*. Bien que cette circonstance ne soit pas relatée dans les observations que nous rapportons, il faut néanmoins la signaler. (Tillaux, *chir. clin.*).

La palpation fournit aussi, dans certains cas, une sensation parfaitement nette de *crépitation*, analogue à la crépitation qu'on observe dans les synovites, à grains riziformes. C'est là un fait qui n'est certainement pas rare, puisqu'il est explicitement noté dans quatre de nos observations. Ce phénomène se produit quand on comprime la tumeur alternativement avec les deux mains. D'autres fois, on le perçoit lors des mouvements de glissement qu'exécute la tumeur sur les gaînes tendineuses. Cette crépitation est-elle toujours

absolument comparable à celle qui existe dans la synovite à grains riziformes? Il est évident que ceci doit varier un peu dans chaque cas particulier. Cependant dans la plupart des observations, le phénomène était assez net pour qu'on pût hésiter à poser un diagnostic ferme.

A quoi doit-on attribuer la crépitation lipomateuse? Celle que l'on constate dans les synovites à grains riziformes reconnaît pour cause le passage de ces grains riziformes à travers un orifice rétréci. Dans le cas de lipome, et c'est l'avis de Boinet (4), on ne peut pas donner comme explication le passage d'un corps étranger par une ouverture étroite. Suffit-il que les gaînes tendineuses en contact avec le lipome soient légèrement enflammées pour qu'on observe un certain « bruissement », selon l'expression de Chassaignac? Mais on peut remarquer que dans les cas que nous citons, les graines tendineuses n'étaient nullement enflammées, ce qui n'empêchait pas la crépitation de se produire. Morel-Lavallée pense qu'elle est due aux frottements des grains des lipomes les uns contre les autres. Trélat (27) l'attribue au frôlement des lobules graisseux sur les tendons. Chassaignac donne une explication analogue : les lipomes sont des tumeurs généralement mobiles. Si ces déplacements se font au niveau d'une série de tendons ou de petites brides fibreuses, le frottement des lobules graisseux pourra produire la crépitation.

Un dernier caractère des lipomes, est leur *indolence* absolue, spontanément ou à la pression. Dans deux

seulement des observations citées plus loin (VII et VIII) la douleur est signalée. Dans la première, Baumgartner nous dit que les douleurs qui existaient augmentèrent après l'opération (il s'agissait d'un lipome diffus dont l'extirpation fut suivie d'une pseudo-récidive). Dans la seconde, l'apparition des tumeurs avait été précédée de douleurs dans tous les doigts. Toutes les autres observations nous apprennent que la tumeur gênait seulement le malade par son volume ou par sa situation ; en limitant la flexion, par exemple. S'il arrivait cependant qu'un lipome se développât au voisinage immédiat d'un nerf, il pourrait y avoir des douleurs par compression.

Le lipome enfin — tumeur essentiellement bénigne — ne retentit jamais sur l'état général. Pas de généralisation, pas d'engorgement ganglionnaire.

Marche

Cette affection semble avoir un développement extrêmement lent. Dans toutes les observations que nous avons pu réunir, la tumeur a mis des années pour arriver au volume qu'elle présente au moment de l'opération ; trente ans dans le cas de Neyber.

Ranke (23), dans son *Étude sur le lipome de la face palmaire des doigts,* distingue trois stades dans son évolution. Dans le premier, le lipome apparaît sous la forme d'une tumeur arrondie, nettement isolée. Durant une seconde période, le lipome s'accroît dans la direction des tendons et prend une forme allongée. Enfin

— troisième et dernier stade — extension de la tumeur avec perte de la forme typique du second stade.

L'accroissement est continu, progressif, sans soubresaut. Le lipome peut cependant rester stationnaire ; mais il ne rétrocède jamais et, en tous cas, ne suit pas les fluctuations du tissu adipeux général de l'individu, ainsi que l'ont remarqué Cornil et Ranvier.

Le traumatisme peut-il influer sur son accroissement? L'observation de F. Müller tendrait à le prouver. Lorsqu'en effet le malade, cessant sa profession, n'exposa plus son médius au traumatisme, la tumeur qu'il portait cessa de s'accroître.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Blum (*Chirurgie de la main*, 1882) remarque à propos des lipomes que dans presque toutes les observations on a commis des erreurs de diagnostic. C'est en effet là le point délicat de la question. A-t-on affaire à une tumeur maligne, l'amputation s'impose. Est-ce au contraire un lipome, une simple énucléation suffira. Nous verrons plus loin que dans deux cas (Obs. III et Obs. X) Neyber et Mason Waren pratiquèrent l'amputation, croyant se trouver en face d'une tumeur maligne. Inversement Tillaux (26) rapporte qu'il prit pour un lipome un fibro sarcome à myéloplaxes.

Nous ferons le diagnostic différentiel du lipome :

a) Avec des tumeurs solides.

b) Avec des tumeurs liquides.

Parmi les tumeurs solides, nous citerons :

1° *L'Enchondrome*. — Lipome et enchondrome ont un certain nombre de caractères communs : Pas de changement de coloration de la peau, transparence (Reclus 24), absence d'engorgement ganglionnaire,

douleurs rares s'il n'y a pas de compression nerveuse. La consistance de l'enchondrome est variable ; elle est parfois dure et ferme, mais peut aussi être molle et fluctuante. Rien de caractéristique à tirer de la marche qui est ordinairement très lente — aussi lente que celle du lipome (dix, quinze et vingt ans, d'après Polaillon (19).

On devra surtout se baser sur ce fait que l'enchondrome a une tendance à la multiplicité, tandis que le lipome est le plus souvent isolé. L'enchondrome forme au niveau des doigts une série de tumeurs bosselées, marronnées, d'aspect assez caractéristique. Un signe pathognomonique, si on le rencontre, est la crépitation parcheminée qui permettra de conclure à l'enchondrome :

2° *L'Ostéome*. — Le diagnostic est facile. La dureté de la tumeur éliminant de suite l'hypothèse d'un lipome.

3° *Le Sarcome*. — C'est surtout au début que la confusion sera possible ; la peau étant encore mobile, la tumeur molle et élastique. On pourrait dans les cas difficiles pratiquer une incision exploratrice, comme premier temps d'une opération plus complète. Plus tard l'adhérence de la peau, l'ulcération et l'issue des fongosités imposent le diagnostic. La marche ne peut pas toujours servir au diagnostic ; car si le sarcome du doigt évolue parfois en 2 ans, parfois aussi on l'a vu évoluer en 15 et même 20 ans.

4° *L'Épithéliome ou Cancroïde*. — Il se présente sous la forme ulcérée ou sur la forme non ulcérée. Dans le

premier cas, Polaillon pense que le diagnostic différentiel est impossible. Cependant la consistance du lipome est toujours plus molle. L'incision exploratrice pourra aussi être employée dans les mêmes conditions que précédemment.

Quand l'épithéliome est ulcérée, l'erreur n'est plus possible.

Il se pourrait aussi qu'on eut affaire à la variété d'épithéliome appelée encéphaloïde. Dans ce cas la mollesse de la tumeur se rapproche un peu de la consistance des lipomes. Mais au début l'encépholoïde est généralement plus résistant, et plus tard, la marche de l'affection, l'état de la peau, la douleur, le retentissement ganglionnaire feraient repousser l'hypothèse de lipome.

Quand un encéphaloïde est assez ramolli pour donner de la fluctuation, on peut, suivant le conseil de Nélaton, enfoncer une aiguille dans la tumeur et essayer de lui imprimer des mouvements de circumduction. Ils seront faciles dans le cas d'encéphaloïde, impossibles dans celui de lipome.

Parmi les *tumeurs liquides*, il en est une qu'on a confondu très souvent avec le lipome, c'est le *kyste synovial*, la *synovite à grains riziformes*. L'erreur a été commise dans les observations VIII et X. Ranke, dans ses deux cas, n'a pas porté de diagnostic, hésitant qu'il était entre hygroma et lipome. C'est qu'en effet le diagnostic n'est pas facile.

Les kystes synoviaux, comme les lipomes, se développent au niveau des points les plus exposés aux

pressions, ils sont rares comme eux et leur évolution est la même, très lente. Il faut cependant noter que le kyste est peut être un peu plus douloureux. La peau n'est pas modifiée et dans les deux cas on trouve à la palpation deux phénomènes identiques, la crépitation et la fluctuation.

D'après Ranke, pour trancher la question, il faudra se renseigner auprès du malade sur le point de départ exact de la tumeur et bien observer son siège et sa forme. Le kyste développé aux dépens de la gaîne synoviale, siège sur le trajet de celle-ci et présente une forme allongée, parallèle à cette même direction. Si donc on trouve une tumeur qui envoie des prolongements sur les faces latérales ou même dorsales du doigt, comme c'était le cas pour le lipome observé par M. Vanverts, le kyste synovial se trouve éliminé. Il faudra donc observer si les limites de la tumeur coïncident avec la direction connue des gaînes tendineuses (Ranke). On doit aussi noter que dans le cas de kyste, la gène de la fonction est un peu plus considérable ; parfois, la tumeur accompagne plus ou moins les mouvements des tendons dans leur gaîne.

Pour ce qui est de la fluctuation, Broca (6) enseigne un moyen pour distinguer la vraie fluctuation du kyste de la pseudo fluctuation lipomateuse ; mais ce moyen n'est applicable qu'aux tumeurs un peu volumineuses. Quand on interpose le bord cubital de la main sur la partie médiane de la tumeur, la fluctuation ne se transmet pas d'une moitié à l'autre dans les lipomes ; elle se transmet au contraire, s'il s'agit d'un kyste.

Le plus souvent, pour trancher le diagnostic, il faudra recourir à la ponction exploratrice. Ranke la juge indispensable. Pour Broca, qui la recommande aussi, « s'il s'agit d'un lipome, il y a toujours un peu de sang dans l'intérieur de l'aiguille. S'il s'agit d'un kyste ou d'un abcès, il peut se faire que la canule soit vide, mais elle ne renferme jamais de sang.

Il est enfin un dernier moyen qu'il ne faudra pas non plus négliger. Lorsqu'on applique de la glace à la surface d'une tumeur graisseuse, elle se congèle facilement en prenant une consistance spéciale. Aucune autre tumeur ne donnerait lieu à ce phénomène.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic du lipome est extrêmement bénin. Il constitue au niveau doigts une déformation peu esthétique, gênant un peu la fonction, mais ne compromettant pas l'avenir du malade. Ce qui pourrait arriver de plus grave à celui-ci, c'est qu'on prenne sa tumeur pour un néoplasme malin et que cette erreur lui coûte l'amputation d'un doigt.

Le lipome peut subir certaines transformations, la *transformation graisseuse*, *l'infiltration calcaire*, *l'inflammation* et *l'ulcération*. Ce sont là complications peu graves en elles-mêmes. Jamais on a noté la transformation en tumeur maligne ; jamais non plus de généralisation.

La question de *récidive* a prêté à des considérations différentes. Blum vit récidiver un lipome de la première phalange du pouce après une première ablation incomplète. Baumgartner (observ. VII) chez un enfant de 4 ans observa aussi la récidive ; « toute la main devint lipomateuse ». Mais le mot « récidive » ne doit

pas être pris ici dans le sens où on l'emploie pour les tumeurs malignes. Un prolongement, un lobe quelconque du lipome a échappé au chirurgien et continue à s'accroître après l'opération, simulant ainsi une récidive. Le lipome observé par Baumgartner était diffus — circonstance qui en rendait l'ablation complète plus difficile.

2e *Traitement*. — C'est l'*extirpation aussi complète que possible*. Cette opération, très facile quand le lipome est encapsulé, sera un peu plus pénible dans les autres cas. On pratiquera suivant l'axe du doigt et en son milieu une incision longitudinale. Souvent la tumeur fera hernie entre les lèvres de la plaie, et l'énucléation sera facile. Parfois il faudra disséquer le lipome au milieu des tissus voisins. On aura soin d'enlever tous les lobes, tous les prolongements, mais en prenant garde d'intéresser les gaînes ou les tendons. Sutures ; sans drainage. Il est bon de veiller à ce que la cavité résultant de l'énucléation du lipome soit exactement comblée par le rapprochement des tissus.

CONCLUSIONS

1°. — Le lipome des doigts est une affection très rare, mais à laquelle on doit toujours songer en face d'une tumeur de cette région.

2°. — Le diagnostic différentiel est difficile, mais non impossible. La ponction exploratrice permettra d'éliminer les tumeurs liquides. Les tumeurs solides se distingueront par les caractères propres à chacune ; en cas de doute, on aura recours à l'incision exploratrice comme premier temps d'une intervention destinée à enlever la tumeur.

3°. — L'étiologie et la pathogénie du lipome demeurent à l'étude. On peut néanmoins affirmer le rôle du traumatisme et de la vascularisation.

4°. — Le pronostic est bénin ; l'énucléation pure et simple suffisant dans la plupart des cas.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Observation I

Follin (*Société de Biologie*, 1852 et *Gaz. Méd. de Paris*, 1852).

Homme, d'une cinquantaine d'années environ, présente sur le médius, sur ses faces antérieures, externes et un peu postérieures, une tumeur mollasse, un peu lobulée, mobile, du volume d'un œuf de poule environ.

Cette tumeur, sans changement de couleur de la peau, laissait entendre lorsqu'on la comprimait fortement une légère crépitation. Les caractères généraux de la tumeur firent penser que c'était un lipome. L'examen anatomique a confirmé cette idée. En effet au-dessous de la peau existait une masse lobulée de tissu cellulo-graisseux jaunâtre. Ce tissu graisseux adhérait à la face antérieure de la gaine des fléchisseurs, assez fortement pour qu'il fut impossible d'enlever le lipome sans ouvrir cette gaine. A la partie postérieure du doigt, l'adhérence était bien moins considérable,

Observation II

Foucher (cité par P. Cosson. Thèse de Paris 1879).

Foucher présente le doigt indicateur d'un homme ayant sur la face antérieure de la deuxième phalange une petite tumeur d'apparence sanguine, qui semble avoir des connexions étroites avec l'artère collatérale et qu'il croit de nature érectile.

Lebert a examiné ultérieurement cette tumeur. Il a trouvé à la surface des veines dilatées, puis dans l'intérieur, un tissu grenu, rougeâtre paraissant composé de vaisseaux dilatés. Au microscope, il a trouvé beaucoup d'éléments graisseux entourés de capillaires. Sur le trajet de ces vaisseaux, il y a de petits sacs qui constituent autant de petits anévrysmes. Il n'a pu examiner d'une façon exacte les rapports de la tumeur avec l'artère collatérale des doigts. Ce mélange de tumeur érectile et graisseuse n'est pas rare suivant Lebert.

Observation III

Neyber (*Hygiéia Swenska Lakareselskabs Förhand.*, p. 33 et *Sahresbericht de gurlt et Hirschs*, 1870, p. 184. Bd. I).

Une femme de 67 ans avait une tumeur de la grosseur d'une belle pomme à la seconde phalange de l'annulaire gauche. Elle s'était régulièrement accrue dans les trente dernières années et gênait seulement par sa présence les fonctions de la main.

Neyber prit la tumeur pour un enchondrome et désarticula le doigt.

Les recherches histologiques faites par Axel Rey démontrèrent qu'il s'agissait d'un lipome.

Observation IV

Volkmann, Ranke (*Archives de Langenbeck* t. XX, p. 381, 1876).

Femme R..., 55 ans, n'a jamais été malade et montre seulement une forte tendance à l'obésité. Depuis six ans, elle remarque à la

face palmaire de la phalange unguéale du pouce droit et près de l'extrémité, une tumeur molle, indolente, grosse comme un pois. Elle s'accrut lentement dans la direction de la main de façon à atteindre le milieu de la première phalange.

Elle a une forme allongée en boudin, insensible à la pression et elle est recouverte par une peau normale très tendue, mais qu'on peut cependant plisser. Tumeur molle et manifestement fluctuante. On ne constate pas de lobulation et la peau ne présente pas la particularité observée ailleurs par les lipomes sous-cutanés, de donner par la compression de la tumeur entre les doigts la sensation de cicatrice. Les fonctions du pouce sont très notablement diminuées. Tous ces phénomènes peuvent être rattachés à un hygroma avec la plus grande vraisemblance. Cependant, parmi les autres diagnostics possibles, celui de lipomes était le plus plausible et l'extirpation en démontra la justesse.

L'opération fut faite avec les précautions antiseptiques. Pansement de Lister.

On put constater que le tendon du fléchisseur après l'énucléation était couvert par une couche de tissu conjonctif transparent.

Guérison par première intention. La structure de la tumeur est celle d'un lipome à surface lisse. Malgré la fluctuation apparente, la présence du tissu conjonctif rendait la consistance du néoplasme assez ferme.

Observation V

Volkmann, Ranke (*Archives de Langenbeck,* t. XX, p. 380, 1876).

Bertha E....., 18 ans, entre le 29 mai 1867 en traitement à la clinique royale. Jusqu'à il y a trois ans, la malade était très bien portante. Dans son occupation de tailleuse, son doigt médius avait été exposé à beaucoup de blessures et particulièrement la pression des ciseaux déterminait sur ce doigt une sensibilité désagréable. Elle remarqua sur celui-ci, vers cette époque, une petite tumeur grosse comme un pois, dure et insensible. Celle-ci se trouvait sur le côté palmaire de la deuxième phalange, immédiatement au-

dessous de la commissure cutanée qui la sépare de la troisième phalange.

La tumeur était recouverte par la peau normale et au début elle ne gênait pas sensiblement les mouvements du doigt. L'accroissement fut continu, mais aussi très lent. Dans l'espace de trois ans, la tumeur s'accrut de préférence dans la direction de la paume de la main, et elle envahit une partie de la première phalange. De temps en temps, à la suite de fatigues, survenaient de légères inflammations qui cédèrent par le repos et le ménagement. A l'entrée de la malade, la tumeur avait la forme d'un saucisson d'une certaine grosseur, luisante, tendue et recouverte par la peau que l'on pouvait encore plisser. La consistance était molle, pâteuse, pas tout à fait fluctuante. Différentes parties ou lobes de la tumeur ne se laissaient pas sentir. Le diagnostic était hésitant entre un hygroma et un lipome.

Néanmoins, en raison de son accroissement, on dût l'extirper. On circonscrivit la tumeur par deux incisions et on l'énucléa avec facilité. Les tendons fléchisseurs ne furent pas complètement mis à nu, mais on les voyait dans la profondeur de la plaie, encore recouverts par une membrane conjonctive, mince, transparente. La plaie fut suturée et on employa comme traitement, l'immersion permanente. En huit jours, guérison complète.

La réunion immédiate fut obtenue et la motilité du doigt ne fut en aucune façon diminuée. La tumeur extirpée était un simple lipome sans lobules et à surface complètement lisse. La consistance ferme de la tumeur tenait à la formation de cloisons conjonctives.

Observation VI

Villar (*France médicale*, 20 avril 1886, p. 544).

P.... (Marie), âgée de 20 ans, vient à l'Hôtel-Dieu pour se faire enlever une tumeur qu'elle porte depuis longtemps à la face palmaire de l'auriculaire de la main droite. C'est une fille des champs, présentant toutes les apparences d'une belle santé. Réglée

à 12 ans et toujours bien réglée, elle a eu un enfant à l'âge de 19 ans. Pas le moindre accident pathologique à signaler.

A l'âge de 7 ans, elle se pince le petit doigt de la main droite entre les deux battants d'une porte ; cet accident est suivie d'une violente douleur et d'une forte ecchymose. Sept mois plus tard apparition d'une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle au niveau de la face palmaire de la première phalange du petit doigt. Cette petite grosseur ne déterminait ni douleurs, ni troubles fonctionnels. Quinze jours après son apparition, la tumeur commence à augmenter de volume et marche assez rapidement. La malade ne peut rien dire de précis sur la marche de la tumeur à partir de ce moment ; mais elle assure qu'à 15 ans la tumeur offrait le volume d'une noix. Depuis huit mois elle a encore augmenté de volume. Malgré cet accroissement, la malade n'a jamais institué le moindre traitement. La malade songeait bien depuis longtemps à faire enlever sa tumeur, mais elle attendait toujours.

Le 10 décembre 1885, elle se décide à entrer à l'hôpital. Lorsqu'on examine son doigt, on constate une tumeur du volume d'une grosse noix. Cette tumeur siège sur la face palmaire ; elle s'étend du pli métacarpo-phalangien à un centimètre du pli qui sépare la deuxième de la troisième phalange. Transversalement, elle envahit les parties latérales de la première phalange et les deux tiers supérieurs des faces latérales de la deuxième. La tumeur est plus étendue en dedans ; elle semble attirée par la pesanteur. Vue par la partie antérieure, la tumeur semble percée de part en part par le doigt ; le doigt ainsi recouvert par la tumeur, rappelle très exactement ces fers dont on se sert pour pratiquer l'ignipuncture. La tumeur est sous cutanée et mobile sur les parties profondes. Si l'on dit à la malade de fléchir son doigt, pendant qu'on s'oppose à cette flexion, on reconnaît que la tumeur est indépendante des parties profondes. Elle est aussi mobile sous la peau, excepté en quelques points, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. D'une façon générale, la palpation donne une sensation de mollesse ; c'est une consistance lipomateuse. Mais on trouve quelques points indurés On en trouve un à la partie

externe de la tumeur, à la partie supérieure ; il est petit, dur, mobile ; l'autre est situé plus bas ; il présente le volume d'une aveline. La compression de la partie interne de la tumeur détermine une crépitation analogue à celle des grains hordéiformes de la synovite chronique. La peau est normale, un peu rouge par place ; elle adhère un peu au niveau du gros noyau interne. Pas de douleurs. Pas de troubles fonctionnels. La flexion du doigt s'exécute facilement ; le petit doigt fléchi embrasse la tumeur par sa concavité et, en même temps, la tumeur est repoussée vers le bord cubital de la main. L'extension n'est nullement compromise.

La tumeur est enlevée le 15 décembre. A la coupe elle présente le type du fibro-lipome. L'examen histologique a été pratiqué dans le laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. La tumeur était constituée par du tissu graisseux ; on n'y trouvait que peu de tissu fibreux. La malade quitte l'hôpital complètement guérie dans les premiers jours de janvier 1886.

Villar fait suivre son observation des réflexions suivantes :

« L'intérêt de cette observation se rattache à trois points, qui sont :

» 1° Le traumatisme antérieur qui semble avoir été suivi de l'apparition de la tumeur ;

» 2° La rareté de ces tumeurs dactyliennes puisqu'on n'a pu en réunir que quelques cas ;

» 3° L'existence de cette crépitation spéciale rappelant celle des synovites à grains riziformes.

» Ce signe est important à connaître, car il pourrait induire en erreur. Dans le cas qui fait le sujet de cette observation, nous avons été un instant embarrassé par l'existence de cette crépitation ».

Observation VII

Baumgartner (Congrès de Berlin 1887).

L'auteur a observé un enfant de 4 ans dont les doigts médius et auriculaires étaient défigurés par deux lipomes diffus. Il voulut les enlever, mais la peau très amincie se gangréna de suite. Il fallut

désarticuler les doigts. Peu à peu toute la main devint lipomateuse et les douleurs qui existaient dès le début augmentèrent.

Observation VIII

Hoeckel (*Cent. f. chir.* 1888).

Jeune homme de 21 ans, souffrant depuis trois ans de douleurs qui avaient débuté dans l'index gauche et s'étaient ensuite étendues à tous les doigts de la même main.

On constate une tuméfaction à la face palmaire de la première phalange des troisième et cinquième doigts. Lors des mouvements des doigts, on sent une crépitation semblable à celles que donnent les grains riziformes. Il en est de même au niveau du tendon du long extenseur du pouce. A la main droite on sent la même crépitation au niveau des quatrième et cinquième doigts ; mais la motilité est intacte. On diagnostique synovite à grains riziformes. A l'incision on constate qu'il s'agit d'un lipome arborescent et celui de la gaine du long extenseur du pouce envoie des prolongements dans la gaine des radiaux. L'extirpation se fait aisément et celle-ci étant faite, la synoviale parait parfaitement lisse. La guérison fut complète.

Observation IX

Bigelow (cité par S. Gross, *System of Surgery*, t. II, p. 1018).

Dans un cas de lipome d'un doigt rapporté par Bigelow (de Boston) l'affection simulait si bien un ganglion qu'on l'avait ponctionné.

Observation X

Mason-Waren (cité par S. Gross. *System of Surgery*, t. II, p. 1018).

Mason-Waren a publié dans ses *Surgical observations*, l'histoire d'une tumeur adipeuse qui embrassait la première phalange de l'un des doigts, à laquelle était si intimement unie qu'on pouvait croire, avant l'amputation, à une tumeur maligne.

Elle était en contact immédiat avec l'os et la pression exercée sur elle par les tendons et les fascias a contribué à cette illusion.

Le malade était un enfant.

Observation XI

Dubar. — Lipome de l'index gauche (*Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chir. de Paris* 1891, n° XVII, 630-632).

V.... Léontine, ménagère, âgée de 42 ans, entre le 17 août 1891 à l'hôpital de la Charité de Lille pour se faire enlever une tumeur de l'index de la main gauche qui la gêne pour travailler. Cette tumeur a débuté il y a huit ans, (en 1883), sans cause connue, par la face palmaire de la première phalange. Pas de coups ni de blessure antérieure. La malade crût au début à une piqûre d'insecte qui aurait déterminé un léger gonflement. La tumeur s'accroît lentement et progressivement, gagnant les côtés et un peu la face dorsale de la première phalange, puis empiétant sur la seconde phalange et enfin s'étendant à la commissure intermédiaire à l'index et au médius. Cette dernière extension est, au dire de la malade, la cause principale de la gêne éprouvée dans les mouvements des doigts et la raison qui lui fait désirer l'ablation de sa tumeur. Celle-ci est toujours restée complètement indolente.

Lorsqu'on examine la main gauche, on constate que l'index porte sur la première et sur la moitié supérieure de la seconde phalange une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, principalement saillante en avant et du côté du médius. Le doigt paraît la traverser, car la tumeur s'est étendue également en dehors et un peu du côté dorsal. En haut elle s'arrête au pli digito-palmaire et n'empiète pas sur la paume de la main. Le doigt étant dans l'extension, on peut faire exécuter à la tumeur quelques mouvements dans le sens vertical ; elle n'est donc pas adhérente aux os. La peau a sa coloration ; elle est tendue mais non adhérente à la tumeur. Celle-ci est lisse avec quelques larges bosselures, surtout accusées sur les parties latérales, d'une consistance molle dans

toute son étendue, sans aucun point d'induration. Elle paraît être le siège d'une fluctuation très marquée. Des pressions réitérées n'y révèlent pas de crépitation.

Ces différents caractères font songer tout d'abord à une collection liquide non inflammatoire, à un kyste synovial de la gaîne des fléchisseurs. Toutefois le volume de la tumeur, sa large expansion sur les côtés du doigt, l'intégrité complète des mouvements de flexion et d'extension, nous engagent déjà à faire quelques réserves. D'autre part, en lisant la relation des faits publiés de lipomes des doigts, nous relevons entre eux et notre cas de telles analogies que nous finissons par incliner vers ce dernier diagnostic.

La malade est opérée le 24 août. Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous cutané, on arrive sur une mince membrane fibreuse qui laisse voir au-dessous d'elle un tissu jaunâtre. Il s'agit d'un lipome lobulé et encapsulé. Il est énucléé en totalité sans difficulté. Nous ne rencontrons quelques adhérences qu'au niveau de la gaîne des fléchisseurs dont il faut séparer le lipome par dissection.

La tumeur enlevée a le volume d'un œuf de poule. Elle est formée histologiquement par du tissu graisseux et très peu de tissu conjonctif.

La cicatrisation de la plaie opératoire est complète le 7 septembre. Le doigt a conservé l'intégrité de ses mouvements.

Observation XII

Potherat *(Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris.* 1900. t. XXVI, p. 1054-1055).

Je vous présente un lipome presque pur que j'ai enlevé ce matin dans mon service, à un homme de soixante-neuf ans, cultivateur. Ce lipome constituait une tumeur arrondie, saillante, du volume d'une mandarine, siégeant exactement au-devant de la racine du médius de la main gauche. La tumeur avait débuté il y quinze ans environ, un peu au-dessus du pli de flexion, au

niveau d'un durillon fréquent à cet endroit chez les travailleurs manuels ; elle avait progressivement grossi, sans déterminer ni réaction inflammatoire, ni douleur, ni gêne fonctionnelle autre que celle résultant de la présence de cette masse dans l'angle de flexion du doigt sur lequel elle s'était étendue jusqu'au devant de la partie moyenne de la première phalange.

Sa consistance était rénitente et même fluctuante, partout la même. Cependant, sur le côté latéral externe du doigt, il y avait là un petit prolongement qui fuyait par pression en crépitant à la manière d'une synovite à grains riziformes. J'ai enlevé la tumeur par une simple incision médiane verticale ; elle était partout très facilement énucléable, sauf au sommet, là où la peau épaissie représentait une sorte de durillon. En ce point, l'adhérence était très solide. Il y avait deux lobes séparés : un très gros exclusivement digital, un autre plus petit digito-palmaire. L'un et l'autre étaient développés dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans connexion autre que celle de voisinage avec la gaîne synoviale tendineuse.

C'est par ce point spécial que cette observation diffère de celle toute semblable sur les autres points qu'a rapportée jadis Follin. Elle en diffère cependant encore par ce fait que l'opération a été complète dans mon cas. Le malade de Follin a succombé ; j'espère qu'un sort meilleur est réservé au mien.

Observation XIII

Franz Muller (*Arch. f. Klin. Chir.* 1901, t. XIII).

M. D., 72 ans, employé des postes en retraite.

Tumeur de consistance nettement élastique, située sur la face dorsale du médius gauche, et répondant au premier espace interdigital. Elle occupe une superficie de 6 centimètres carrés, avec une épaisseur d'environ 1 centimètre. La peau est mobile à ce niveau et présente une cicatrice étroite dirigée obliquement, qui doit provenir d'une coupure remontant à 40 ans. La motilité du doigt n'est pas compromise. La tumeur n'adhère pas à l'os. Il y a

de la fluctuation. Remarquée il y a six ans, la tumeur a cessé de grandir depuis 5 ans. Pas de douleurs.

Diagnostic : Lipome.

L'opération faite sous l'anesthésie locale fait découvrir un lipome encapsulé, aplati, nettement lobulé et de couleur jaunâtre.

Examen microscopique. — Structure du lipome : peu de tissu de soutien, capsule très nette. A cause de l'origine traumatique de la tumeur on pensa à la possibilité d'un épithélioma, et la tumeur fut examinée à ce point de vue : le résultat fut négatif.

Réunion par première intention. Résultat fonctionnel excellent.

Observation XIV

Franz Muller *(Arch. f. Klin. Chir.* 1901, t. LXIII).

A. W., 6 mois, fils d'un maçon. A la fin du 2e mois, la mère remarqua au niveau de la 2e phalange de l'index gauche, sur la face palmaire, un petit gonflement qui, peu à peu, atteignit les dimensions qu'il possède maintenant. La tumeur a le volume d'une petite châtaigne, elle est blanchâtre et fluctuante, un peu mobile sur l'os. La peau se laisse plisser. La mobilité du doigt n'est pas compromise.

Diagnostic : Lipome.

Opération. — La peau se laisse facilement détacher. Cependant dans les couches profondes les limites de la tumeur avec le tissu adipeux normal du doigt ne sont pas nettes. La tumeur adhère aussi si solidement à la gaîne tendineuse que le bistouri est nécessaire pour la séparer. Réunion ; aucun trouble fonctionnel.

La tumeur a une forme aplatie. Aucune trace de lobulation ordinairement fréquente dans le lipome. L'une des faces est concave ; l'autre présente cependant à la face palmaire du doigt, un sillon peu profond.

A l'examen microscopique les coupes que l'on doit se représenter comme pratiquées selon l'axe du doigt, présentent du tissu conjonctif et du tissu adipeux. De larges tractus conjonctifs tra-

versent le tissu adipeux parallèlement à la face supérieure du doigt, pour se dissocier ensuite vers les bords de la coupe, en délicates fibrilles conjonctives qui vont vers la peau. Vers les bords de la coupe se voient çà et là des portions de glandes sudoripares. Les lobules graisseux qui les séparent ne présentent aucune prolifération conjonctive. On a ici sous les yeux le tissu adipeux normal du doigt et l'on peut acquérir la preuve que nulle part il n'y a démarcation nette entre ce tissu adipeux normal et le lipome. La limite est à peine indiquée par la dissociation en pinceau des larges tractus conjonctifs. Sa tumeur ne peut donc pas être dite encapsulée.

Aussi, a-t-on l'impression que le point de départ du lipome a été la gaîne tendineuse. Les larges tractus conjonctifs représentent la couche de tissu conjonctif lâche qui enveloppe la gaîne tendineuse et qui s'est condensée sous la pression croissante du lipome. Cette opinion s'accorde aussi avec ce que nous enseigne l'extirpation : la tumeur ne put être séparée, sans l'aide du bistouri, de la gaîne tendineuse et sur les côtés on ne pouvait constater de démarcation nette avec le tissu graisseux du doigt.

Observation XV

Due à l'obligeance de M. le docteur Vanverts,

Mme D..., 57 ans, professeur de piano.

Trois accouchements normaux. Ménopause il y a deux ans. Depuis quatre ans, la malade présente des signes bien nets de lithiase rénale à prédominance à droite : douleurs lombaires augmentant par la fatigue, les cahots de voiture, hématuries autrefois fréquentes, disparues depuis un an, expulsion de petits graviers dans l'urine, etc.

Depuis plusieurs années, Mme D... a constaté qu'il existait au niveau de la partie antérieure de la seconde phalange de l'index gauche une tuméfaction indolore qui a augmenté progressivement de volume. Actuellement, l'indolence est toujours absolue ; mais

la flexion complète des diverses phalanges est impossible. La tuméfaction occupe aujourd'hui la portion antérieure du doigt au niveau des première et deuxième phalanges ; elle fait, en outre, une forte saillie en arrière, au niveau de la seconde phalange et contourne l'os au niveau de son bord externe. L'ensemble de la tuméfaction forme donc une sorte de croissant ouvert en dedans, embrassant dans sa concavité la seconde phalange ; l'extrémité antérieure du croissant est allongée verticalement et répond aux deux premières phalanges, l'extrémité postérieure plus renflée ne répond qu'à la seconde phalange. La tuméfaction est nullement fluctuante dans toute son étendue.

J'hésite à porter un diagnostic ; on ne peut penser à une synovite séreuse chronique des tendons fléchisseurs, en raison de l'existence du prolongement postérieur. La forme de la tuméfaction ne permet guère de porter le diagnostic ferme de lipome, affection très rare au niveau des doigts.

Opération (20 octobre 1899). — La malade étant endormie au chloroforme et la bande d'Esmarch appliquée à la partie inférieure de l'avant-bras, je fais une incision longitudinale médiane au niveau de la face antérieure des deux premières phalanges et je constate que la tumeur est un lipome. J'enlève facilement aux ciseaux la partie qui se trouve en avant de la première phalange. J'attaque ensuite la portion qui recouvre la seconde phalange, puis j'enlève par simples tractions le prolongement postérieur. Cela fait, la gaîne des fléchisseurs se trouve dénudée sur l'étendue des deux premières phalanges ; elle est saine. — Suture de la peau à l'aide de crins profonds et superficiels. Pansement stérilisé.

Les suites de cette opération furent très simples et la réunion de la plaie fut parfaite. Les mouvements du doigt redevinrent normaux, mais la peau de la face palmaire du doigt au niveau de la troisième phalange resta insensible jusqu'en janvier 1900. A cette époque, la sensibilité commença à reparaître, mais elle est toujours restée incomplète. Aujourd'hui encore (décembre 1902), la sensibilité reste obtuse et il en résulte quelque difficulté pour le jeu du piano ; l'index perçoit mal les touches et frappe souvent à côté du point visé.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

(Dû à l'obligeance de M. le professeur Carrière).

Après fixation dans l'alcool, la pièce a été incluse dans la paraffine, suivant la méthode ordinaire, puis coupée et colorée sur lame. Nous avons employé l'hématéïne-éosine, l'hématéïne et l'alcool picrique, le bleu de métyle polychrome et la méthode de Weigert pour les fibres élastiques.

On constate que cette tumeur est nettement encapsulée. Cette capsule est constituée de cellules conjonctives jeunes à noyaux très énergiquement colorés et présentant quelques fois des figures karyokinétiques diffuses, à protoplasma peu abondant et homogène. Ces cellules sont tassées les unes contre les autres et on n'aperçoit point de ciment intercellulaire. Au milieu de cette capsule on voit quelques vaisseaux à parois embryonnaires.

La tumeur est constituée de travées de tissu conjonctif plus ou moins épaisses, se divisant et se subdivisant en rameaux très déliés et circonscrivant des sortes de lobules constitués, nous allons le voir, de cellules graisseuses.

Ces travées sont constituées de cellules conjonctives jeunes. à noyaux énergiquement colorés et présentant deci delà des figures mitosiques. On y trouve des vaisseaux peu nombreux à parois embryonnaires. On n'y trouve pas de fibres élastiques. Les lobules sont constitués de grosses cellules à parois très nettes et fort apparentes, à contenu transparent. Leurs parois, dis-je, sont très nettes et en effet chaque cellule semble séparée de sa voisine par une sorte de membrane très délicate. Le contenu cellulaire est transparent. Le protoplasma est refoulé excentriquement et apparaît sous forme d'une mince languette un peu plus épaisse en un point où se trouve le noyau. Celui-ci est peu énergiquement imprégné. Il est arrondi ou ovoïde, grêle, et l'on n'y reconnaît pas de filaments chromatiques (ce qui tient peut-être à la fixation défectueuse).

En résumé, cette tumeur présente les caractères classiques des lipomes. Le peu d'importance des travées fibreuses décrites nous a semblé suffisant pour faire éliminer l'idée d'un fibro-lipome.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Baumgartner. — Congrès de Berlin 1887.

2. Bigelow. — Cité par S. Gross. System of surgery, t. II, p. 1018.

3. Billroth. — Path. chi,. générale.

4. Boinet. — Gaz. des Hôp. 1868.

5. Bouju. — Des lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. Th. de Paris 1892.

6. Broca. — Traité des tumeurs, p. 199.

7. Chassaignac. — Gaz. des Hôp. 1868.

8. Dubar. — Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris 1891 n. s. XVII, 630-1852.

9. Durant. — Th. de Bordeaux 1893.

10. Follin. — Soc. de biologie 1852.

11. Foucher. — Cité par P. Cosson. Th. de Paris 1879.

12. Gross. — Cité par Durant. Th. de Paris 1893.

13. Hoeckel. — Cent. f. chir. 1888.

14. Lannelongue. — Cité par Sénac. Th. de Paris 1885.

15. Mason-Waren. — Cité par S. Gross. System. of surgery, t. II, p. 1018.

16. Mathieu. — Arc. de méd. nor. 1885 et Gaz des Hôpitaux, juillet 1890, p. 721.

17. Muller (Franz). — Arch. f. klin. Chir. 1901. C. LXIII.

18. Neyber. — Hygiéia Swenska Lakareselskabs Förhand, p. 33 et Sahresbericht de Gurlt et Hirchs, 1870, p. 184 30 I.

19. Polaillon. — Article doigt du Dic. encycl. des Sciences Médicales.
20. Potherat. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1900. XXII, 1054-1055.
21. Poulet. — Mém. sur les lip. acquis de la main et des doigts. Revue de chirurgie, t. VI août 1886.
22. Quénu. — Traité de chir. de Duplay. Reclus T. I.
23. Ranke. Arch. de Langenbeck, t. XX, p. 381, 1876.
24. Reclus. — Patho. ext.
25. Sénac. — Th. de Paris 1885.
26. Tillaux. — Gaz. des Hôp. 1894.
27. Trélat. — Bull. de la Soc. de Chirurgie 1868.
28. Villar. — France médicale 20 avril 1886, p. 544.

Vu :

Le Président,

G. BAUDRY.

Vu :

Le Doyen,

COMBEMALE.

Vu et permis d'imprimer,

A Lille, le 13 Mars 1903.

Le Recteur de l'Académie,

J. MARGOTTET.

IMPRIMERIE A. DEVOS, LILLE.